

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1911

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

N^o

475

**L'ASTHÉNO-MANIE
POST-EPILEPTIQUE**

PAR

JOSEPH TASTEVIN

Né à Aubenas (Ardèche), le 16 octobre 1874

Licencié ès-sciences

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Président : M. Gilbert BALLET, Professeur



PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, rue Casimir-Delavigne et rue Monsieur-le-Prince, 12

1911

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

ANNÉE 1911

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

N^o
475

L'ASTHÉNO-MANIE POST-EPILEPTIQUE

PAR

JOSEPH TASTEVIN

Né à Aubenas (Ardèche), le 16 octobre 1874

Licencié ès-sciences

Ancien externe des Hôpitaux de Paris



Président : M. Gilbert BALLET, Professeur



PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, rue Casimir-Delavigne et rue Monsieur-le-Prince, 12

1911

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

	Doyen	M. LANDOUZY
	Professeurs	MM.
Anatomie		NICOLAS
Physiologie		CH. RICHET
Physique médicale		GARIEL
Chimie organique et Chimie générale		GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales		ACHARD
Pathologie médicale	}	WIDAL
Pathologie chirurgicale		DEJERINE
Anatomie pathologique		LANNELONGUE
Histologie		PIERRE MARIE
Opérations et appareils		PRENANT
Pharmacologie et matière médicale		HARTMANN
Thérapeutique		POUCHET
Hygiène		GILBERT
Médecine légale		CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie		THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée		CHAUFFARD
		ROGER
		HAYEM
Clinique médicale	}	DIEULAFOY
		DEBOVE
		LANDOUZY
Maladie des enfants		HUTINEL
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux		RAYMOND
		PIERRE DELBET
Clinique chirurgicale	}	QUENU
		RECLUS
		SEGOND
Clinique ophtalmologique		DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires		ALBARRAN
		PINARD
Clinique d'accouchements	}	BAR
		RIBEMONT - DES.
		SAIGNES
Clinique gynécologique		POZZI
Clinique chirurgicale infantile		KIRMISSON
Clinique thérapeutique		A. ROBIN

Agréés en exercice

MM.			
AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBÉCOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON FERN.	DUVAL PIERRE	LENORMANT	PROUST
BRINDÉAU	GOSSET	LEPER	RENON
BROCA ANDRÉ	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET ANDRÉ	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE MARCEL	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A M. LE PROFESSEUR GILBERT BALLE

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES MENTALES ET DE L'ENCÉPHALE

INTRODUCTION

Asthénie et manie.

L'étude de la neurasthénie et de l'épuisement nerveux que déterminent quelques maladies infectieuses a remis, depuis une trentaine d'années, à l'ordre du jour des préoccupations médicales les phénomènes d'*asthénie*. Cependant, au début du siècle dernier, ces phénomènes retenaient particulièrement l'attention des médecins, en raison des doctrines qui s'y rattachaient. L'important mémoire de Brachet sur l'asthénie, publié en 1829 et à peu près oublié aujourd'hui, paraît être le travail le plus documenté et le plus clinique qui ait paru à cette époque sur ce sujet.

Dans le mémoire de Brachet et actuellement encore, le mot *asthénie* désigne l'épuisement des forces musculaires. On a décrit, il est vrai, des asthénies de divers ordres, et notamment l'asthénie psychique ou psychasthénie, mais sous cette dernière dénomination se trouvent groupés des faits morbides divers où parfois le mot asthénie n'a qu'une signi-

fication symbolique. Dans un travail récent (1), j'ai montré qu'à côté de l'épuisement des forces musculaires, et en corrélation étroite avec lui, se plaçait un phénomène d'épuisement cérébral : l'*anidéation*, caractérisé par un ralentissement dans la succession des idées et par une remémoration plus difficile des souvenirs ; à ce syndrome, constitué par les deux éléments fondamentaux suivants : l'*amyosthénie* et l'*anidéation*, j'ai donné le nom d'*asthénie*.

Le syndrome asthénie s'observe dans un très grand nombre d'affections : dans la neurasthénie, dans le cours et la convalescence de certaines maladies infectieuses telles que la grippe et la fièvre typhoïde, dans le goitre exophtalmique, dans l'adipose douloureuse, dans la maladie d'Addison, etc., là, ses éléments se mêlent aux autres symptômes de la maladie, et le lien qui les unit ne s'y montre pas toujours avec évidence. Mais il est un groupe d'affections, étudié depuis longtemps par les aliénistes, sous les noms de folies ou de psychoses périodiques, et où l'asthénie se montre seule et avec toute la gamme de ses intensités. Ces affections ont été jusqu'ici considérées comme formées d'accès diversement groupés, de mélancolie et de manie ; dans le travail cité plus haut, j'en ai repris l'étude et montré que les accès mélancoliques qui en constituent l'un des aspects, ne sont autre chose que des accès d'asthénie, et les accès maniaques des états d'hypersthénie. Les psychoses périodiques deviennent ainsi des névroses, — ou mieux, des psycho-névroses, si l'on tient compte de l'effet qu'exercent sur l'idéation l'insuffisance ou la surabondance de l'influx nerveux, —

(1) J. TASTEVIN. L'asthénie post-douloureuse et les dysthénies périodiques. *Ann. méd. psychol.*, 1911, n^{os} 2, 3 et 4.

d'où le nom de *dysthénies périodiques* que j'ai proposé pour les dénommer.

Les accès asthéniques des dysthénies périodiques fournissent, pour l'étude du syndrome asthénie, des documents cliniques de premier ordre. Ils en montrent, en effet, toutes les intensités jusqu'à l'état désigné par les aliénistes sous les noms de *stupidité* ou de *stupeur*. A ce degré extrême de l'asthénie, la lenteur et la difficulté des mouvements automatiques ou volontaires des degrés moyens sont remplacées par l'impossibilité de tout mouvement, tandis que le ralentissement des idées est devenu l'arrêt de toute idéation ; cependant la faculté de percevoir les excitations extérieures est conservée. Cette évolution parallèle de l'amyosthénie et de l'anidéation aux divers degrés de l'asthénie, et le fait qu'on observe simultanément ces deux symptômes dans les états d'épuisement nerveux ayant les origines les plus diverses, démontrent clairement qu'ils sont unis entre eux par des liens étroits attestant une commune origine.

Dans les dysthénies périodiques, les états asthéniques et maniaques se présentent comme devant être de caractères opposés, mais de même nature. Une telle opinion peut prendre pour base les faits suivants : 1^o dans les diverses formes de dysthénies périodiques, les accès d'asthénie ou de manie peuvent se répéter seuls ou alterner périodiquement, en un mot, ils paraissent jouer dans la maladie un même rôle ; 2^o leurs éléments fondamentaux ont des caractères opposés : asthénie musculaire et anidéation pour l'asthénie, hyperactivité motrice et hyperidéation pour la manie. Mais les affinités étroites qui unissent l'asthénie à la manie, l'opposition exacte de ces deux syndromes par rapport à

l'état normal sont particulièrement bien mis en évidence dans un groupe d'états morbides que j'ai décrits sous le nom d'*asthéo-manies secondaires* (1).

Asthéo-manies secondaires.

Les accès d'asthénie des dysthénies périodiques débutent plus ou moins brusquement par la diminution des forces et l'anidéation ; ces phénomènes d'épuisement sont ici primitifs, c'est-à-dire qu'ils ne sont précédés d'aucune manifestation cliniquement observable et capable de les engendrer. Mais le syndrome asthénie peut être déterminé par l'action d'agents épuisants : l'asthénie est dite alors secondaire. Parmi les agents asthénisants, la douleur physique ou émotionnelle est celui dont l'importance clinique est certainement le plus grand ; l'intervention des émotions douloureuses dans un grand nombre d'affections mentales donne, en effet, à l'asthénie post-douloureuse, une place de tout premier ordre dans la séméiologie psychiatrique. L'asthénie due aux douleurs émotionnelles est un phénomène normal ; mais de nombreux processus pathologiques peuvent donner lieu à de l'épuisement nerveux ; certaines infections, telles que la fièvre typhoïde et la grippe, les hémorragies, les traumatismes cérébraux, les ictus apoplectiques, les attaques d'épilepsie, certaines intoxications, les excitations douloureuses des nerfs, sont parmi les plus importantes. Suivant leur intensité, ils engendreront des états

(1) TASTEVIN. Loc. cit. *Ann. méd. psych.*, p. 193.

asthéniques plus ou moins marqués, qui pourront même atteindre le degré de la stupeur.

Lorsqu'une action épuisante a cessé de s'exercer sur un individu, l'asthénie qu'elle a déterminée ne disparaît pas avec elle ; si, par exemple, une douleur physique ou émotionnelle continue se produit sur un sujet, l'asthénie qui s'est accrue graduellement au fur et à mesure de la prolongation de la douleur et a de la sorte atteint son maximum dès qu'a cessé celle-ci, ne disparaît que graduellement par un recouvrement progressif des forces du sujet.

Or, il peut arriver, chez certains individus, qu'à la suite de l'action d'un agent asthénisant intense, le phénomène d'accroissement graduel des forces qui représente ici la disparition de l'asthénie, se poursuive encore après que l'état normal a été atteint ; alors se produit un état d'activité idéative et motrice excessive qui est précisément de l'excitation maniaque. Cet état d'excitation persiste généralement pendant quelques jours, puis assez rapidement a lieu le retour à l'activité habituelle. Ainsi se trouve réalisée l'asthéo-manie secondaire.

Lorsque l'on suit attentivement l'évolution des phénomènes qui constituent l'asthéo-manie secondaire, on observe que le sujet passe progressivement : 1^o *au point de vue musculaire*, d'un état de faiblesse générale avec fatigue et épuisement rapides, sentiment de mal-être, éléments de l'amyosthénie, à un état d'hyperactivité motrice générale avec possibilité de se mouvoir très longtemps sans fatigue, et sentiment de bien-être corporel, ces derniers éléments caractérisant l'hyperactivité motrice de l'excitation maniaque ; et 2^o *au point de vue intellectuel*, d'un état de ralen-

tissement des processus idéatifs avec remémoration difficile, éléments de l'anidéation, à un état d'hyperidéation avec évocation des souvenirs plus facile qu'à l'état normal, ces derniers phénomènes caractérisant l'état intellectuel dans la manie. On voit donc bien que l'asthéo-manie secondaire est constituée par l'accroissement continu de l'activité musculaire et idéative du sujet, accroissement qui, passant par l'état normal, le dépasse ensuite, de telle sorte que celui-ci n'est qu'une étape, qu'un degré dans ces transformations.

Ainsi, les phénomènes asthéo-maniacaux secondaires établissent de la manière la plus certaine, et comme pourrait le faire une expérience de laboratoire, l'identité de nature et l'opposition, par rapport à l'activité normale, des syndromes asthénie et excitation maniaque : dès lors, ce dernier état morbide devient de l'*hypersthénie*. L'opposition qui apparaît dès l'abord entre l'asthénie et l'hypersthénie n'est qu'une simple apparence, due à ce que nous comparons à l'état normal ces deux syndromes qui, comme le chaud et le froid, pour les températures des corps, ne sont que des degrés d'un même complexus.

Après avoir étudié, dans le mémoire cité plus haut, l'asthéo-manie secondaire déterminée par des crises d'anxiété, de faim et par des attaques d'épilepsie, j'émettais l'idée que le double accès asthénique et maniaque qui suit parfois ces phénomènes, avait dans tous ces cas la même signification et était indépendant de la nature du processus épuisant qui le précédait. S'il en est bien ainsi, ajoutais-je, il sera possible d'observer cette forme de double accès au cours de toutes les affections où une asthénie intense peut apparaître

comme conséquence d'un phénomène épuisant. En me basant sur des observations publiées d'excitation maniaque survenant quelques jours après des hémorragies, après un traumatisme ou après l'accouchement, j'avais écrit que la manie post-hémorragique, post-traumatique, post-puerpérale était probablement de l'asthéo-manie secondaire.

Depuis lors, j'ai pu m'assurer du bien-fondé de cette opinion et ajouter à la liste des asthéo-manies secondaires, l'asthéo-manie post-infectieuse que déterminent tout particulièrement deux affections microbiennes dont l'action asthénisante est bien connue : la grippe et la fièvre typhoïde. Enfin Benon (1) vient de faire l'étude de l'asthéo-manie post-apoplectique et apporter ainsi au groupe des asthéo-manies secondaires un de ses termes les plus intéressants.

Les observations publiées de manie survenant après l'action d'agents épuisants peuvent être divisées en deux catégories au point de vue des renseignements qu'elles fournissent. Dans les unes, l'état d'excitation est insuffisamment décrit, parfois même sa durée n'est pas signalée, et son début n'est pas précisé chronologiquement ; ces observations assez nombreuses ne sont pas utilisables. Mais dans d'autres, la nature de l'excitation est suffisamment caractérisée, la durée de l'accès est notée, et parfois des dates précisent l'époque de production de l'agent épuisant et le début de l'excitation hypersthénique. Or dans tous ces derniers cas, les observations montrent un intervalle généralement de quelques jours entre la cessation de l'action épuisante et le début de l'excitation maniaque ; qu'il

(1) R. BENON. L'asthéo-manie post-apoplectique. *Revue de Médecine*, juillet 1911.

s'agisse de manie post-puerpérale, post-traumatique, post-hémorragique, post-typhique, post-variolique, post-épileptique, post-apoplectique, post-émotionnelle, toujours quand le début de l'excitation est précisé et que l'auteur ne se contente pas de dire : après son attaque, après son traumatisme, le malade a eu, etc., toujours alors un intervalle se trouve disponible entre l'action épuisante et le début de l'excitation. Cet intervalle est précisément le temps qu'il faut au malade pour sortir de l'état d'asthénie où l'a mis certainement l'agent épuisant. Quelques observations, que je ne puis que résumer sommairement et que j'emprunte à divers auteurs, montreront la variété du mode de production de l'asthénomanie secondaire et en même temps la façon dont ces faits ont été jusqu'ici présentés dans les publications.

Calmeil (1) a publié l'observation d'un militaire qui, à 39 ans, eut « une attaque apoplectique avec abolition complète de la sensibilité et suspension de l'exercice intellectuel. La connaissance se rétablit promptement sous l'influence d'une saignée, mais on remarque dès le lendemain, une sorte de trouble vague dans les idées. Huit jours après ce premier accident, le malade est en proie à une activité d'esprit qui tient de l'exaltation ; il est sans cesse en mouvement, affiche une assurance, un contentement qui attirent sur lui l'attention de ses amis auxquels il parle sans cesse, du reste, de sa force, de ses espérances de fortune et d'avancement. »

(1) CALMEIL. *Traité des maladies inflammatoires du cerveau*, Paris, 1859. Observation signalée par BENON dans l'*Asthénomanie post-apoplectique*.

Un malade de Dupouy et R. Charpentier (1), après un traumatisme violent sur la tête, suivi de perte de connaissance, fut pendant « trois jours consécutifs dans un état semi-comateux » et reprit ensuite son activité. A partir du quatrième jour survient un état d'excitation maniaque caractérisé par une certaine activité motrice et verbale, des rires, des plaisanteries. Cet état dura quelques semaines.

Un jeune homme de 21 ans est soigné par Liouville (2) à l'Hôtel-Dieu pour une fièvre typhoïde dont l'évolution est normale. La fièvre typhoïde « est suivie d'une grande faiblesse, comme cela se comprend, mais la convalescence s'établit peu à peu, et toute crainte disparaît. Pendant ce temps, quand les forces revenaient, que l'appétit se montrait de plus en plus exigeant, sans réaction fébrile bien manifeste, le malade est pris d'un délire calme, tranquille, déraisonnant à peu près sur tous les sujets et principalement alors qu'on l'excite un peu par la conversation ». Sculpteur, il n'y a pas d'artiste plus adroit que lui ; sa sœur, qui était venue le voir à l'hôpital, était la plus jolie femme du monde ; « il forgeait tout haut des rêves irréalisables de position, de fortune, de gain, associait les infirmiers à ses espérances », etc.

Un épileptique âgé de 28 ans et dont l'observation est publiée par Christian (3), est interné « au vingt-septième

(1) DUPOUY et R. CHARPENTIER. Traumatismes crâniens et troubles mentaux. *L'Encéphale*, 1908, p. 297.

(2) LIOUVILLE. Délire ambitieux survenu pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde. *Ann. méd. psych.*, 1879, p. 428.

(3) CHRISTIAN. *Épilepsie, folie épileptique*. Paris, 1890.

jour d'une variole confluente, en proie à un délire maniaque intense : criard, incohérent, déchire et brise tout ce qu'il peut atteindre ; pas de fièvre, bon appétit, peu de sommeil. La variole a suivi chez notre malade un cours régulier ; depuis qu'elle a débuté, aucune crise épileptique. Il entra en pleine convalescence, quand il fut atteint d'un accès de manie qui motiva son placement à l'asile. Cet accès guérit rapidement. »

Krafft-Ebing a publié (1) sous le nom de *manie menstruelle périodique* le cas d'une jeune femme qui, au cours d'un accès mélancolique, alors qu'elle était devenue « déprimée, aboulisque, hypocondriaque », eût, après chaque retour de ses règles et quelques jours après leur cessation, un accès de manie d'une durée de six à dix jours et caractérisé par « une émotion expansive continuelle, des manières espiègles, érotiques, une poussée énorme des pensées ». Le 20 octobre, elle eut ses règles ; du 30 au 6 novembre, manie, puis calme ; Du 12 au 18 novembre, règles profuses ; du 25 novembre au 6 décembre, manie. Retour des règles du 11 au 16 décembre ; excitation maniaque, du 20 au 28 décembre. La relation entre l'excitation et les règles étant dès lors nettement établie, on donne à la malade du bromure à la dose quotidienne de 8 à 12 grammes jusqu'à commencement d'intoxication et production d'un état de demi-stupeur. L'excitation ne reparut plus après les règles.

Pour terminer, voici en quelques mots les faits essentiels d'une observation de Krafft-Ebing étiquetée *Confusion des idées et ensuite stupeur par suite de terreur* (2). Un enfant

(1) KRAFFT-EBING. *Manuel de psychiatrie*. Traduction française, 1897, p. 523.

(2) KRAFFT-EBING. *I. oc. cit.*, p. 260.

éprouve une émotion de peur violente le 22, puis le 25 ; il devient alors « stupide », immobile. Le 26, le malade arrive à la clinique, il ne parle pas. « Le 28 et le 29, il a de la salivation pendant quelques heures ; il déchire sa chemise, puis son chapeau, regarde d'un air goguenard, chante, siffle par moments. Quand on lui parle de l'état de sa santé, il répond par un sourire malin, en disant : « je ne sais pas ». Le 30, le malade est guéri.

Ces exemples, qu'on pourrait d'ailleurs beaucoup multiplier, suffisent pour montrer que l'excitation hypersthénique observée dans les asthéo-manies secondaires est indépendante de la nature des processus qui lui donnent naissance. Pour que ces processus déterminent cette excitation, il faut seulement qu'ils soient des agents épuisants et qu'ils s'exercent sur des sujets atteints de dispositions pathologiques spéciales.

Nous allons étudier maintenant ce même trouble de l'activité, survenant après des attaques comitiales. Il était utile, avant d'aborder ce sujet, de montrer la diversité des modes de production des accès asthéo-maniaques secondaires. Ces phénomènes s'éclairent en effet mutuellement, et forment, dans leur ensemble, un groupe très homogène de faits morbides ne pouvant s'accommoder que d'une seule pathogénie.

II. ASTHÉNO-MANIE POST-ÉPILEPTIQUE

Historique.

L'histoire des accès d'excitation maniaque qui surviennent après les attaques d'épilepsie se trouve tout entière confondue avec celle des phénomènes d'excitation, et plus particulièrement des impulsions violentes, quelle qu'en soit d'ailleurs la cause, qui se produisent parfois après les attaques comitiales. C'est tantôt sous les noms de *folie* ou de *délire*, tantôt sous celui de *manie* qu'a été décrit l'ensemble de ces phénomènes ; dans ce dernier cas, le mot de manie prend une acception élargie qui n'est plus celle qu'il a dans les dysthénies périodiques (psychoses périodiques), affections où il est synonyme d'hypersthénie.

Dans les accès d'excitation des dysthénies périodiques, l'état fondamental est l'hyperactivité motrice et idéative, avec un sentiment de bien-être et de légèreté du corps ; les malades ont alors une disposition très marquée à chanter, à plaisanter, à rire, à s'attendrir et à se mettre en colère. Les chants, les rires, les plaisanteries trouvent à tout ins-

tant des occasions de se manifester, l'idéation du malade y suffit. Il n'en est pas de même de la colère qui a le plus souvent besoin d'une sollicitation extérieure pour se produire ; le maniaque est-il contrarié dans ses opinions ou dans ses actes, il s'énerve aussitôt et, lorsque son état hypersthénique a une intensité suffisante, les violences surgissent. Naturellement, plus l'excitation croît et plus les causes extérieures d'irritation se multiplient, car il arrive un moment où, socialement, le malade ne peut plus dépenser son énergie en toute liberté ; on est alors contraint de l'isoler ; on le camisole parfois, et plus seront rigides les moyens de contention, plus violentes seront les réactions du malade.

Ainsi, dans l'excitation maniaque, la colère, la fureur, les violences sont les réactions qui se produisent lorsque l'activité débordante du malade rencontre des obstacles. Ce fait n'est d'ailleurs pas spécial à l'hypersthénie et s'observe encore dans la peur et l'anxiété ; un anxieux qui fuit devient coléreux et violent dès qu'il éprouve quelque gêne dans sa fuite ; il est vrai que généralement, ces violences sont moins marquées que dans l'hypersthénie, puisque l'anxiété s'accompagne toujours de diminution des forces et que cela réduit l'intensité des réflexes impulsifs. Donc, dans l'hypersthénie, comme dans l'anxiété, sous l'influence d'obstacles extérieurs, — des idées plus ou moins délirantes pourraient, du reste, avoir le même effet, — des réactions coléreuses se produisent, mais alors, évidemment, elles ne sont qu'un état secondaire. Dans l'excitation maniaque, seuls, les rires, les chants, les plaisanteries, la satisfaction, les idées ambitieuses, joints à l'hyperactivité motrice et idéative, traduisent l'état fondamental de l'affec-

tion et permettent d'en faire sûrement le diagnostic.

L'imprécision des idées sur la place que tiennent les réactions coléreuses dans l'excitation maniaque, a fait très souvent mettre l'étiquette de manie sur des états coléreux n'ayant aucun rapport avec cette forme d'excitation. Par exemple, un individu apprend brusquement la perte de sa fortune et se livre aussitôt et pendant plusieurs jours à des violences contre lui-même et son entourage (1). De telles manifestations n'ont rien de commun avec la manie: Voici un autre exemple emprunté à un épileptique que j'ai pu voir à Bicêtre dans le service du D^r Vurpas :

H..., âgé de 24 ans, a, depuis l'âge de 10 ans, des attaques comitiales fréquentes et des vertiges. Les attaques sont classiques et se produisent assez souvent, par séries de deux, trois ou quatre dans la même journée. Après ses attaques, et pendant quelques jours, ce malade est dans un état de grande irritabilité, dont, du reste, il se rend parfaitement compte, puisqu'il demande lui-même à aller en cellule. S'il reste avec les autres malades, tout est prétexte à des violences et à de l'excitation. En cellule, il est calme et reste souvent étendu sur son lit ; mais alors il faut être très prudent quand on l'approche : les infirmiers en ont fait la dure expérience, car il les a parfois frappés violemment et leur a lancé des ustensiles à la tête alors qu'ils lui apportaient sa nourriture. Ce malade garde des souvenirs très précis de cet état ; voici ce qu'il en dit : « J'aime mieux être en cellule, parce que comme ça je suis tranquille, je sens personne autour de moi. Tout de suite, si les malades viennent me chercher des raisons, je leur fiche des coups de poing, c'est plus fort que mes nerfs, ça m'énerve d'un seul coup. »

Lorsque cette période de grande irritabilité est terminée et

(1) RENAULT DU MOTÉY. Accès de fureur maniaque subite. *Arch. cliniques des maladies mentales et nerveuses*, 1861, p. 135.

jusqu'à de nouvelles attaques, ce malade reste encore irritable, mais sans comparaison avec l'état antérieur. Il est du reste aimable, complaisant et peut aller et venir dans les salles et dans les cours sans être l'occasion de difficultés au point de vue du service.

Un tel malade, attaché sur un lit dès les premières violences qu'il commettrait autour de lui, après ses accès, deviendrait aussitôt furieux et resterait excité pendant toute la durée de son irritabilité accrue. On décrirait cet état sous le nom de manie avec fureur et cependant il n'a rien de commun avec la manie.

Enfin, on peut encore observer, chez des épileptiques, après leurs crises, des impulsions violentes ayant pour point de départ des hallucinations. Des hallucinations terrifiantes pourront de même déterminer des états d'excitation avec fuite éperdue au cours desquels des violences pourront être exercées. Tous ces faits doivent être soigneusement distingués de l'hypersthénie ou manie.

Ces considérations étaient nécessaires pour comprendre l'historique que nous allons faire maintenant de la manie post-comitiale, l'excitation hypersthénique post-comitiale n'ayant jamais été dégagée des états dont nous venons de parler et de leurs similaires.

L'histoire des états d'excitation post-épileptique commence avec Esquirol. « La fureur des épileptiques, écrivait cet auteur en 1815 (1), éclate après l'accès, rarement avant, elle est dangereuse, elle est aveugle, et, en quelque sorte

(1) *Dictionnaire des sciences médicales*. Article « Épilepsie », 1815. Cet article d'ESQUIROL est reproduit dans son *Traité des Maladies mentales*, 1838. T. 1^{er}. Le passage cité est à la page 486.

automatique ; rien ne peut la dompter, ni l'appareil de la force, ni l'ascendant moral, qui réussissent si bien à l'égard des autres maniaques furieux. Cette fureur est si redoutable et si redoutée, que j'ai vu, dans un hospice du Midi, tous les épileptiques enchaînés chaque soir sur leur lit par la crainte qu'ils inspiraient. »

Quelques années après, sur ce même sujet, Esquirol écrivait encore (1) : « L'épilepsie qui, si souvent, est la cause de l'idiotisme et de la démence, produit aussi la manie, c'est-à-dire qu'après l'accès d'épilepsie les épileptiques restent dans un état de manie souvent avec fureur.

Sur quatre cents épileptiques que nous avons à la Salpêtrière, cinquante au moins sont maniaques après l'accès. La fureur chez les épileptiques est plus aveugle, plus terrible, plus dangereuse : c'est celle qui est le plus à redouter dans les asiles d'aliénés. La manie des épileptiques n'est point de longue durée ; elle se termine tantôt après quelques heures, tantôt après trois, quatre et huit jours. Il est très rare que l'accès éclate avant l'attaque épileptique ». Ces citations permettent de penser qu'Esquirol, comme les auteurs qui l'ont suivi, n'a pas fait de distinction entre les diverses formes d'agitation des épileptiques après leurs crises et les a toutes englobées sous le nom de manie.

Après Esquirol, Calmeil (2), un de ses élèves, étudie en 1824, dans sa thèse inaugurale, les rapports de l'épilepsie

(1) *Dictionnaire des sciences médicales*. Article « Manie », 1818. Cet article d'ESQUIROL est reproduit dans son *Traité des Maladies mentales*, 1838, T. II. Le passage cité est à la page 141.

(2) CALMEIL. De l'épilepsie, étudiée sous le rapport de son siège et de son influence sur la production de l'aliénation mentale. *Thèse, Paris*, 1824.

et des délires. En ce qui concerne la manie post-épileptique, la grande agitation et la fureur seulement sont notées. Trois observations viennent à l'appui de ces notions ; une seule est nettement de l'hypersthénie post-épileptique, on la trouvera reproduite plus loin ; les deux autres sont trop sommaires pour que l'on y puisse caractériser la nature de l'excitation.

La thèse de Cavalier (1850) (1), sur la fureur épileptique, marque un sérieux progrès sur les études antérieures. Dans ce travail se trouvent d'excellentes observations où les faits de violence sont soigneusement analysés. A propos d'un cas de manie vraie post-comitiale, Cavalier paraît même avoir entrevu que cette forme d'excitation était différente des autres variétés de la fureur épileptique. « Ces accès, écrit-il, — qui consistent surtout dans une surexcitation avec gaieté, agitation et par moments fureur, — peuvent être comparés à la manie, et c'est, il me semble, à ceux-là que l'on devrait réserver le nom de *fureur maniaque* des épileptiques ». Mais l'auteur n'insiste pas davantage. L'observation qui fait suite à ces remarques, et que nous reproduisons dans ce travail, est un exemple particulièrement typique d'hypersthénie post-comitiale ; pour être complète, il ne lui manque que les renseignements concernant l'asthénie qui précède l'excitation.

Enfin, le problème des délires post-épileptiques a été repris par J. Falret en 1860 (2) et les idées émises par cet

(1) CAVALIER. Essai sur la fureur épileptique. *Thèse Montpellier*, 1850.

(2) J. FALRET. Etat mental des épileptiques. *Archives de Médecine*, 1860 et 1861. Reproduit dans les *Etudes cliniques* du même auteur,

auteur sont devenues classiques. Dans son travail, Falret apporte surtout un classement des délires liés aux attaques, consistant à les diviser en deux espèces : le *petit mal* et le *grand mal intellectuel* ; c'est cette dernière forme de délire qu'il fait synonyme de manie épileptique.

Le petit mal intellectuel contraste par « le calme des mouvements, la lucidité partielle des idées, les apparences de raison, avec l'agitation maniaque, le désordre extrême des actes et la loquacité incessante de ceux qui sont affectés du grand mal ». Cependant « entre ces deux variétés de la folie épileptique, il n'y a qu'une simple différence de degré ». Dans le petit mal, les malades éprouvent un besoin de marcher au hasard en même temps qu'ils sont en proie à une anxiété vague, à un profond dégoût de la vie, à une terreur instinctive ; ils se sentent horriblement malheureux. « Dans cet état de trouble très étendu des idées, d'anxiété générale et d'impulsions instinctives, ces malades se livrent alors, de la manière la plus inattendue et la plus subite, à tous les genres d'actes violents, tels que le suicide, le vol, l'incendie et l'homicide ».

Le grand mal intellectuel ou manie épileptique se distinguerait, d'après Falret, des autres formes de la manie par son début très brusque, par l'excessive violence des actes, par la nature terrifiante des idées qui dominent les malades, par la fréquence des hallucinations de même nature qui se produisent chez eux. Enfin, leur délire serait plus cohérent qu'il ne l'est habituellement dans la manie ; ils se rendraient mieux compte de ce qui se passe autour d'eux et ils ne garderaient aucun souvenir de l'accès après sa cessation.

Si l'on parcourt les observations publiées par Falret à

l'appui des notions précédentes, on se rend aisément compte de leur disparité. Ces observations, à peu près toutes empruntées à des auteurs divers, sont, du reste, pour la plupart trop succinctes pour pouvoir être discutées, et pour qu'il soit possible d'établir si l'on a affaire à des accès de manie, avec le sens précis que nous donnons à ce mot, ou s'il s'agit seulement d'impulsions coléreuses dues à des hallucinations, à des idées délirantes, à une augmentation de l'irritabilité, ou encore d'états complexes constitués par un accès d'hypersthénie se produisant en même temps que les troubles précédents.

Pour Falret, le grand mal intellectuel, malgré ses caractères spéciaux, reste une forme de la manie ; d'autres auteurs, frappés des grandes dissemblances entre ces deux états, n'ont pas hésité à les déclarer complètement distincts ; mais alors ils ont nié l'existence de la manie vraie post-épileptique. « De prime abord, écrit Christian (1), le délire épileptique paraît revêtir le caractère de la manie, et il est généralement décrit sous le nom de manie épileptique. On y trouve, en effet, les principaux symptômes de la manie. Il est vrai que ces symptômes s'accompagnent aussi de signes non douteux de dépression psychique, de telle sorte que l'on pourrait aussi bien les rattacher à la lypémanie et c'est ce que fait Krafft-Ebing. En réalité le délire épileptique n'est ni la manie, ni la lypémanie : c'est un état tout spécial qui peut tenir à la fois de l'une et de l'autre, mais qui en diffère complètement au fond... Quelle que soit d'ailleurs la violence du délire, jamais l'agitation de

(1) CHRISTIAN. *Epilepsie, folie épileptique*. Paris, 1890, p. 113.

l'épileptique n'est franche, nette, comme celle du maniaque ; jamais on n'y rencontre cette exubérance, cette expansion, cette gaité même qui accompagnent si fréquemment la manie. Il y a toujours chez l'épileptique quelque chose de sombre, de farouche ; le malade est comme sous l'impression d'un horrible cauchemar ».

Viennent ensuite d'autres différences qui, chose curieuse, sont entièrement opposées à celles données par Falret. Ce dernier auteur disait des maniaques épileptiques : « Leur délire est plus suivi et plus compréhensible qu'il ne l'est habituellement dans la manie. Ils comprennent mieux les questions qui leur sont adressées ; ils y répondent plus directement et d'une manière plus exacte, et s'aperçoivent plus souvent de ce qui se passe autour d'eux ». Au contraire, pour Christian, le maniaque épileptique n'a pas de délire proprement dit, il n'a pas d'idées, il n'a aucune conscience de ce qu'il fait, de ce qui se passe autour de lui.

Des divergences aussi marquées tiennent sans doute à ce que les descriptions de ces auteurs se rapportent à des cas différents de délire. Elles n'en montrent que mieux la diversité des états morbides que l'on comprend sous la dénomination de manie post-épileptique.

Christian nie l'existence d'états maniaques vrais après les attaques d'épilepsie, et la description de Falret implique cette négation. Cependant, les huit observations que nous publions plus loin et dont quatre sont empruntées à d'anciens auteurs, ne peuvent laisser aucun doute sur l'existence de l'excitation hypersthénique post-comitiale. Cette excitation s'établit progressivement et succède à l'état d'asthénie qui fait suite aux attaques ; elle résulte de la prolon-

gation, au-delà de l'état normal, du phénomène de recouvrement graduel des forces que traduit la disparition de l'asthénie. C'est ce que je m'étais efforcé de montrer dans mon mémoire sur l'asthénie post-douloureuse. Depuis lors, Benon (1) a publié deux nouvelles observations d'asthénomanie post-épileptique ; je les reproduis dans ce travail, on verra qu'elles concordent entièrement avec les notions que je viens d'exposer.

Etude clinique.

1^o ASTHÉNIE POST-ÉPILEPTIQUE

L'état d'épuisement des forces qui se produit après les attaques comitiales a été noté de bonne heure par les observateurs. Esquirol l'a décrit de la manière suivante (2) : « Après les attaques, la tête est lourde, les yeux appesantis s'ouvrent, le regard est étonné ; les membres fatigués, endoloris, ont besoin de repos ; quelques épileptiques, après un sommeil plus ou moins prolongé, reprennent leurs forces ; d'autres, après un long sommeil comateux, s'éveillent et restent pâles, languissants, faibles pendant quelques heures et même pendant quelques jours. »

Les phénomènes d'épuisement consécutifs aux paroxysmes comitiaux ont été étudiés expérimentalement par Féré (1), qui leur a consacré de nombreuses pages dans son

(1) R. BENON. L'asthénomanie post-épileptique. *Gazette des Hôpitaux*, 1911, n^o 45.

(2) ESQUIROL. *Dictionnaire des Sc. Méd.* Article « Épilepsie », 1815.

(1) Ch. FÉRÉ. Note sur l'état des forces chez les épileptiques (*Bulletin Soc. de Biologie*, 1888, p. 24) et *Les épilepsies et les épileptiques*, Paris, 1890.

volume sur les épilepsies. Par une série d'explorations dynamométriques, cet auteur a noté l'état des forces avant et après les paroxysmes ; après de grands accès, sitôt que le malade est capable de serrer le dynamomètre, on trouve un affaiblissement qui peut aller jusqu'à 70 p. 100.

D'une manière générale, l'épuisement nerveux post-paroxystique est proportionnel à l'intensité des attaques. C'est naturellement après les séries d'accès convulsifs qu'il se présente à son plus haut degré d'intensité. Après un temps plus ou moins prolongé de sommeil, le malade s'éveille et parfois reconnaît presque aussitôt le monde extérieur ; d'autres fois, il reste obtus pendant un temps variable, mais qui, souvent, ne dépasse pas quelques heures. Revenu à lui, il éprouve de la courbature, de la fatigue dans les membres, et fréquemment des raideurs dans les articulations ; il a la tête lourde et ressent parfois aux tempes une impression de serrement.

Ces phénomènes d'ordre sensitif s'accompagnent d'asthénie plus ou moins intense qui parfois atteint le degré de la stupeur. La parole est lente et faible, les mots viennent difficilement, les mouvements sont également ralentis et l'épuisement rapide. Les troubles de l'idéation, troubles mnésiques et paresse idéative, relèvent certainement, au moins en partie, de l'asthénie, mais il est difficile de faire la part de ce qui revient à ce syndrome et de ce que pourrait y ajouter un reste d'obtusion difficile à déceler cliniquement. Ces troubles s'amendent d'une manière progressive ; ils mettent à disparaître un temps plus ou moins long suivant l'intensité et le nombre des attaques. Après des accès répétés, le retour à l'activité normale ne se produit qu'en un ou

plusieurs jours. Voici quelques exemples pour fixer les idées.

38 ans. Première attaque à 18 ans. Depuis deux ans il a des séries d'attaques survenant assez irrégulièrement, mais tous les mois. Il aura par exemple six à huit attaques complètes avec convulsions, morsures de la langue, etc. Après la dernière attaque, il dort pendant quelques heures, puis revient à lui, il reprend connaissance très rapidement. Il reste alors très épuisé, assoupi, et garde le lit pendant 24 heures, il faut trois à quatre jours pour que, progressivement, il reprenne son état habituel.

« Quand je reviens à moi, dit-il, je me sens brisé, courbaturé, je suis serré ici (entre les tempes), les nerfs sont raides. Quand je commence à me lever pour faire mon lit, je n'ai pas de forces pour me maintenir. »

Il n'y a pas d'excitation après l'asthénie.

34 ans. Première attaque à 11 ans. Depuis quelques années, il a, tous les cinq à huit jours, deux, trois ou quatre attaques en un à deux jours, Il dort pendant quelques heures et n'est pas obtus à son réveil ; mais il éprouve une très grande faiblesse qui l'oblige à garder le lit. Il a de la difficulté à penser, de la fatigue intellectuelle rapide. A parler ou à faire un effort musculaire, il s'épuise très vite. Il a la tête lourde, mais pas de douleurs. Dans les membres, il éprouve des sentiments de fatigue et de brisement, dans les reins « ça lui fait comme une courbature ». Il lui faut parfois quatre à cinq jours pour retrouver ses forces, mais ses attaques sont fréquentes, elles ne tardent pas à reparaitre, en sorte que ce malade est presque toujours alité.

Les observations V, VI, VII et VIII, qu'on trouvera plus loin, donnent d'autres exemples d'asthénie post-comitiale mais, dans ces cas, celle-ci est suivie d'un accès d'hypersthénie.

Il semble bien que dans l'état d'asthénie les réflexes émo-

tionnels douloureux (chagrin, anxiété) se produisent avec plus de facilité qu'à l'état normal ; les accès périodiques d'asthénie mettent bien ce fait en évidence ; d'autre part, cette action sur l'émotivité douloureuse paraît être plus ou moins marquée suivant les sujets. Durant l'asthénie post-comitiale il n'est pas rare d'observer chez les malades des préoccupations excessives relativement à leur affection (V. l'observ. VIII, Benon) ; certains, dans cette période « voient tout en noir », ils peuvent même avoir des idées de suicide. On trouvera un exemple particulièrement intéressant de ces phénomènes dans une communication de M. de Fleury à la Société de Neurologie (1). La subordination de ces troubles de l'émotivité à l'état asthénique, se déduit bien du fait qu'ils disparaissent sous l'influence du recouvrement graduel des forces. Voici un exemple :

Epileptique, 33 ans. Frère, suicidé. Après ses attaques qui surviennent par séries, il est « fatigué, abattu complètement, comme abruti ». Le lendemain, il peut commencer à reprendre son travail, mais il n'a pas encore d'entrain et s'épuise vite. En deux à trois jours il retrouve son activité habituelle ; « ça se remet petit à petit ». Pendant sa période d'abattement, ce malade a une disposition manifestement exagérée aux émotions douloureuses. « Je suis très sensible à ces moments-là, dit-il. Je puis rien supporter, mon caractère devient acariâtre. Tout me dégoûte, je suis constamment préoccupé par ma maladie, par ma situation ; j'ai des idées de me détruire ; je suis dégoûté de tout ». Ces idées de suicide et ces tendances à s'inquiéter se produisent seulement pendant l'asthénie secondaire aux attaques.

(1) M. DE FLEURY. Quelques phénomènes d'excitation et de dépression mentale chez les épileptiques. *Société de Neurologie*. Séance du 11 janvier 1900. *Revue Neurologique*, 1900, p. 60.

2^o ACCÈS HYPERSTHÉNIQUE

C'est le plus fréquemment, sinon toujours, à la suite d'attaques répétées à courts intervalles, par conséquent sous l'influence d'actions épuisantes particulièrement intenses, que se produit l'accès hypersthénique. Les exemples d'asthénie post-comitiale que nous venons de donner montrent que l'accès d'excitation ne se produit pas forcément après toute série d'attaques, en sorte qu'il faut supposer l'intervention de dispositions spéciales du sujet ; l'étude des autres asthénomanies secondaires conduit à la même notion.

L'hypersthénie apparaît graduellement et succède à l'asthénie qui suit les attaques ; entre les deux états s'intercale donc un stade d'activité normale. Ces notions et les suivantes sont établies à l'aide des huit observations qu'on trouvera plus loin. A vrai dire, les quatre dernières seulement, — deux de Benon et deux personnelles, — montrent le passage de l'épuisement à la manie ; les quatre autres, antérieures à mon mémoire sur l'asthénie, sont plus ou moins incomplètes, cependant dans toutes l'excitation hypersthénique est suffisamment caractérisée.

L'observation de Calmeil (Observ. I) est très sommaire, elle nous apprend seulement qu'un accès de manie d'une durée de quatre jours succède à des attaques. Celle de Voisin (Observ. IV) est aussi imprécise quant au mode d'apparition de l'hypersthénie, cependant cet état y est mieux décrit que dans l'observation précédente. Celle de Billod (Observ. III) est beaucoup moins incomplète : « après une

période de stupeur et d'hébétude qui dure un ou deux jours, M. G... entre dans une phase de bien-être et de satisfaction indicible... ». L'observation II, qui est de Cavalier, ne mentionne pas l'asthénie, mais, par contre, l'état maniaque est minutieusement analysé, et sa production graduelle notée avec beaucoup de soin. Dans les observations de Benon et dans les miennes, on peut suivre jour par jour la disparition progressive de l'asthénie, constater le passage par l'état normal et assister au développement progressif de l'excitation hypersthénique (Voir notre observation VIII).

Les quatre observations anciennes que j'ai reproduites dans ce travail et une observation un peu sommaire de M. de Fleury (1), sont les seules publiées en langue française où l'excitation maniaque soit nettement caractérisée ; ce sont du moins les seules que j'ai pu retrouver. Cependant d'autres cas ont été publiés où l'excitation est très probablement de la manie vraie, mais il n'est pas possible de l'affirmer absolument, car il y est surtout question de faits de violence. Dans une étude de Bessière, on pourra trouver plusieurs observations de ce genre, tous les accès d'excitation qui y sont décrits surviennent environ un jour après *une série* d'attaques ; dans l'observation II, le développement progressif de l'excitation est particulièrement bien noté, les accès durent en moyenne sept à huit jours (2).

Il est inutile d'insister ici sur *les caractères de l'excitation hypersthénique* et du rôle qu'y jouent les manifestations coléreuses, ce serait répéter ce que nous avons dit au début

(1) M. DE FLEURY. Loc. cit.

(2) BESSIÈRE. Traitement du délire épileptique. *Ann. méd. psychol.*, 1887, T. I, p. 377.

de l'histoire de la manie post-épileptique. Ajoutons seulement que beaucoup d'épileptiques ayant un caractère très coléreux, il en doit résulter nécessairement que dans la manie post-épileptique, la colère et les violences s'y observeront avec plus de fréquence et d'intensité que dans la manie des périodiques. En somme, dans l'excitation maniaque, la colère et les violences ont pour cause immédiate les obstacles à l'agitation ; quant à leur intensité, elle dépend de trois facteurs : la force des obstacles, l'irritabilité habituelle du sujet et l'intensité de l'hypersthénie.

Comme les accès maniaques des asthéo-manies secondaires, les accès de manie post-épileptique sont presque toujours de courte durée ; ils peuvent se prolonger de quelques jours à quelques semaines mais le plus souvent leur durée est de cinq à huit jours. Leur disparition est alors assez rapide et fait place directement à l'état normal.

L'hypersthénie ne comporte pas par elle-même d'hallucinations, ni de confusion ; mais si l'agent épuisant qui lui donne naissance par l'intermédiaire de l'asthénie, est capable de déterminer des manifestations psychopathiques, il n'y a pas de raisons pour supposer que celles-ci ne pourront coexister avec l'hypersthénie. Or nous savons que les attaques comitiales peuvent être suivies d'états hallucinatoires, de confusion, d'irritabilité excessive et d'impulsions subites à des actes de grande violence. Donc, en principe, on devrait pouvoir observer des combinaisons diverses de ces troubles avec l'hypersthénie ; certaines observations publiées permettraient peut-être de penser qu'il en est bien ainsi, mais l'analyse clinique y est trop sommaire pour que l'on puisse avoir une opinion nette sur ce point.

En ce qui concerne les *hallucinations*, il faut être très réservé pour les diagnostiquer dans la manie. La fantaisie mimique et verbale des maniaques est telle qu'il n'est pas rare de les voir présenter des attitudes d'hallucinés, ou de les entendre exprimer des paroles qui pourraient faire croire qu'ils ont des voix ou des visions. L'hallucination n'est ni une attitude, ni une phrase dite par le malade ; l'attitude et la phrase ne sont ici que des signes qui, dans bien des cas, peuvent être faux. Dans l'observation de Voisin (Observ. IV), par exemple, on lit que la malade voit « le bon Dieu jouer de la clarinette et Victor Hugo monter au ciel ». De quelles paroles du malade, Voisin a-t-il déduit cela ? nous ne savons, mais il est fort possible qu'il ne s'agisse là que d'une simple plaisanterie de maniaque.

La *confusion*, caractérisée par un trouble de la *perceptivité*, semble être rare dans la manie post-épileptique et aussi dans les divers états d'excitation qui suivent les attaques ; lorsque ceux-ci surviennent, l'obtusion post-comitiale a le plus souvent disparu.

Il nous reste maintenant à examiner une question assez délicate, celle de l'état des *souvenirs* relatifs à l'accès maniaque lorsque celui-ci a disparu. En ce qui concerne les diverses manifestations psychopathiques post-comitiales, on sait que fréquemment il y a amnésie de ces manifestations après qu'elles ont eu lieu ; cette amnésie n'est pas d'origine confusionnelle, puisque pendant leur état morbide, les malades n'avaient généralement pas de troubles de la reconnaissance du monde extérieur ; il s'agit donc d'une amnésie spéciale liée à l'état épileptique.

Rien n'empêcherait d'admettre que cette forme d'am-

nésie se superpose aussi à l'état hypersthénique ; cependant, je n'ai pu trouver de faits me permettant d'élucider ce point.

Nos huit observations de manie post-épileptique se décomposent ainsi au point de vue de l'état des souvenirs après l'accès : les observations I, III et IV, ne donnent aucun renseignement ; dans l'observation VIII, il y a amnésie très prononcée des faits de l'état maniaque, mais la malade est manifestement démente avec des troubles de la mémoire assez profonds, il me paraît donc prudent de n'en rien déduire. Restent les observations II (Cavalier, commentaires de l'auteur à la suite de son observation), V (personnelle), VI et VII (Benon) ; dans ces quatre observations, la mémoire des faits de l'accès maniaque est conservée. Il est juste d'ajouter que, comme le fait remarquer Benon, les malades parfois ne se rappellent pas spontanément certains actes qu'ils ont accomplis durant leur état maniaque, mais ils n'en ont pas perdu le souvenir, puisque lorsqu'on les leur signale, ils peuvent y ajouter des détails et des développements. Il semble bien, du reste, qu'à agitation égale, les maniaques intermittents présentent ces mêmes phénomènes.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (*Calmeil*) (1)

Mlle F..., est âgée de 22 ans ; sa gaité est vive, son embonpoint considérable. Vers la cinquième année, ses compagnes, en plaisantant, s'efforcent de la jeter dans un ruisseau : la frayeur la saisit, le mal épileptique se manifeste et a continué depuis. Les accès ne laissent pas d'être nombreux et fréquents, cependant la raison est bien conservée encore. Pour l'ordinaire, on remarque du côté de la tête un peu d'excitation ; par intervalles, le mal est immédiatement suivi d'un accès de manie. Le délire est bruyant ; il faut appliquer la camisole de force ; la face est rouge, la jeune fille parle avec volubilité, puis elle rit aux éclats, et trouve du plaisir à vociférer ; plus de respect pour ses surveillantes, plus de déférence pour la pudeur ; elle provoque tous les hommes en termes dégoûtants et prend des postures peu décentes ; si on vient à la détacher, elle marche par sauts et par bonds, et traîne partout le désordre à sa suite ; le sommeil est nul ; l'appétit se conserve. Vers le quatrième jour, le calme qui succède forme un tel contraste, que le sujet n'est plus reconnaissable.

(1) CALMEIL. De l'épilepsie étudiée sous le rapport de son siège et de son influence sur la production de l'aliénation mentale. *Thèse Paris*, 1824, p. 31.

OBSERVATION II. (*Cavalier*) (1)

R..., âgé de 52 ans, entré dans l'asile le 19 juin 1846. A l'époque de son admission, il n'avait des attaques qu'à de longs intervalles qui ont eu même une durée de plus de trois mois. Et en restant encore peu fréquentes, les attaques se sont beaucoup rapprochées. Rarement isolées, elles se répètent ordinairement dans un court espace de temps.

Ce malade est, lors de la période de calme, dans une démence avec idées ambitieuses, peu profonde ; mais, plusieurs jours avant les manifestations épileptiques, l'intelligence s'affaisse beaucoup, la démence fait des progrès. A cette époque, R..., qui d'ordinaire aime beaucoup à parler, à plaisanter, reste tout le jour silencieusement assis dans quelque coin. Il n'a pas de vertiges, mais seulement de grandes attaques qui, d'ailleurs, n'offrent rien de particulier. Après l'attaque (qui survient ordinairement la nuit), il tombe dans un sommeil comateux ; le lendemain, la démence est encore plus prononcée ; de nouvelles attaques surviennent, et alors la monomanie ambitieuse se développe davantage. R... se croit maire de son village. Il répète si souvent cette idée que plusieurs malades l'ont prise au sérieux et l'appellent M. le Maire ; mais il ne borne pas là son ambition, il se croit maître de l'hôpital. roi ; il exige l'obéissance des autres malades. Bientôt l'agitation fait de nouveaux progrès. R... se promène constamment en chantant, il adresse à l'un, à l'autre, des lazzi souvent fort piquants, mais le plus ordinairement, il prononce d'un ton déclamatoire des phrases sonores et vides de sens. Il divague complètement et ne tient compte d'aucune observation ; il y répond par quelque plaisanterie, ou bien par quelque phrase qui n'a aucun rapport avec ce qui lui a été dit. Les punitions le rendent plus docile, mais pour peu de temps, car l'agitation reprend le dessus. Il dort à peine quelques ins-

(1) CAVALIER, Loc. cit., p. 54.

tants la nuit ; il se lève souvent, s'habille et se promène. Cependant, la tendance à la fureur se manifeste ; R... devient tracassier, poursuit les autres malades en les taquinant ; alors, à la moindre contrariété, il dit des injures, fait des menaces, donne des coups ; si on veut le contenir alors, il s'exalte, résiste et essaie de se porter à des actes de violence. Ces accès de fureur, qui ont pour principale cause l'humeur querelleuse, se dissipent promptement, en laissant la simple agitation, mais ils se reproduisent souvent. Pendant toute cette période, ce malade a la tête fort congestionnée, le verbe haut. Il se bat très fréquemment et même avec des malades inoffensifs. Cette agitation avec tendance à la fureur persiste quelquefois plusieurs mois ; mais en présentant des rémissions, puis elle s'éteint, R... devient tout à fait calme, obéissant, laborieux, et il ne lui reste que le délire tranquille d'une démence encore peu profonde. Il est bavard et raisonneur.

Toutes les attaques ne sont pas suivies d'une pareille agitation ; elle ne survient que lorsque les accès d'épilepsie ont été nombreux.

OBSERVATION III. (Billod) (1)

M. G..., ecclésiastique, âgé de 54 ans, d'un tempérament nervoso-sanguin, d'une constitution ordinaire, épileptique depuis près de vingt ans, entré à l'asile le 10 novembre 1855, offre l'exemple remarquable d'un état de folie *en quelque sorte circulaire*, consécutif à l'épilepsie.

M. G..., dont on ne sait à quelle cause attribuer l'affection (les circonstances de masturbation, d'excès de toute sorte, d'hérédité, de frayeur et de chagrin étant écartées de source certaine), M. G..., dis-je, présente en moyenne, par mois, une période de deux ou trois accès épileptiques complets. Chacune de

(1) FALRET. Loc. cit., p. 366 des *Etudes cliniques*. Observation communiquée par Billod.

ces périodes est précédée, huit ou dix jours à l'avance, d'un délire mélancolique, avec conceptions délirantes de persécution et hallucinations de l'ouïe ; elles portent le malade à se plaindre incessamment du bruit qui se fait autour de lui et le trouble dans ses exercices de piété, et à récriminer contre le caractère outrageant pour la morale et la religion des paroles qu'il croit entendre.

A la suite des accès épileptiques, après une période de stupeur et d'hébétude qui dure un ou deux jours, M. G... entre dans une phase de bien-être et de satisfaction indicible. Il parle sans cesse de sa guérison, dont il tient à annoncer l'heureuse nouvelle à son évêque et à sa famille ; il donne, pour preuve de la force morale qu'il vient de recouvrer, le fait de pouvoir, sans en être troublé, se livrer à ses exercices de piété au milieu de tout le bruit qu'il se fait autour de lui. Les hallucinations de l'ouïe persistent dans cette phase mentale ; mais je me suis convaincu qu'elles se traduisent plutôt par un bruit confus que par des sons articulés, et qu'elles ne laissent distinguer, en tout cas, au malade, aucune parole dont il ait à se plaindre.

Cette phase de bien-être dure habituellement de douze à quinze jours ; elle fait place ensuite à la phase contraire, qui précède la période d'accès épileptiques, à laquelle elle succède à son tour.

Les facultés intellectuelles n'ont pas encore subi, chez M. G..., un affaiblissement proportionné à la durée de l'affection épileptique, mais le caractère devient de plus en plus susceptible et irritable.

OBSERVATION IV (*Voisin*) (1)

S..., 20 ans, épileptique.

Antécédents héréditaires. — Père mort de tuberculose pulmonaire, a perdu ses frères et sœurs de la poitrine. Mère bien

(1) J. VOISIN, *L'Épilepsie*, Paris, 1897, p. 96.

portante: Un frère tuberculeux ; une sœur est morte tuberculeuse pendant le siège. Disproportion d'âge entre le père et la mère. Grossesse bonne (à part une frayeur). La mère nous dit en effet qu'une épileptique est tombée sur elle en accès dans la rue et elle en a été très impressionnée. Accouchement normal.

Antécédents personnels. — L'enfant n'a pas eu de convulsions, elle était précoce et intelligente. A onze ans, elle a eu les premiers accès, la nuit ; puis ils ont paru le jour et se sont beaucoup rapprochés, surtout à partir de l'âge de treize ans où la malade a été réglée. Les attaques reviennent avec une régularité parfaite au moment du flux menstruel. Elle a du trouble mental après les accès ; pendant ce trouble, elle est toujours très grossière en paroles et en actes, et présente deux tableaux différents suivant les cas : tantôt elle est furieuse et très excitée, frappe sans motif les gens qui l'approchent en leur disant des injures, croit être la Sainte Vierge ou Jeanne d'Arc, on est obligé de l'attacher à son fauteuil. Tantôt, au contraire, elle a un délire plus calme, elle rit aux éclats d'une façon bizarre, sans motif, elle siffle, elle chante et marche continuellement en répétant : « Tiens, la bonne idée, jamais je n'ai eu une si bonne idée, je suis le Juif-Errant ! » Interrogée pour savoir si elle nous connaît, elle nous appelle à tour de bras : M. le curé, M. Billon, Florimond Soliv. » Elle nous dit brusquement : « Fichez-moi la paix. » Elle a des hallucinations de la vue et prétend, par exemple, voir le bon Dieu jouer de la clarinette et Victor Hugo monter au ciel ; elle croit nous voir une cigarette à la bouche. Enfin, parfois, surviennent des idées érotiques et des excitations génitales, elle perd toute pudeur ; nous fait des propositions en se couchant à terre dans des poses significatives. Cet état dure quinze jours et s'accompagne d'un état saburral des plus prononcés.

OBSERVATION V (1) (*personnelle*)

S..., femme, 29 ans. Entre à Sainte-Anne en novembre 1909 dans un état d'agitation maniaque post-épileptique. Cette malade, qui a eu des convulsions à neuf mois et une première attaque comitiale à dix-sept ans, présente depuis quelques années des séries de deux, trois ou quatre attaques survenant tous les deux ou trois mois. Ces attaques sont typiques ; chute brusque avec cri, convulsions toniques puis cloniques, morsure de la langue, émission d'urines, perte de connaissance et amnésie de l'attaque. Après sa dernière crise, la malade dort pendant quelques heures ; elle est obtuse à son réveil, mais cette obtusion se dissipe assez rapidement ; elle est alors courbaturée, fatiguée. Elle recouvre progressivement ses forces et, deux ou trois jours après les attaques, commence à s'agiter ; l'agitation dure de huit à quinze jours.

Deux mois après son internement, la malade a eu à l'asile quatre attaques convulsives dans la même journée ; pendant l'intervalle des attaques, elle n'a pas repris connaissance. Le lendemain, elle est restée couchée, elle s'est levée le jour suivant et au troisième jour a commencé à s'agiter ; après dix jours d'agitation, elle revenait à son état habituel.

Pendant cette période d'agitation, la malade parlait à peu près constamment, ses propos étaient désordonnés : par instants, elle riait, frappait des mains, dansait la bourrée (elle est originaire du Cantal), et s'irritait facilement. Elle n'exprimait pas d'idées délirantes et ne paraissait pas avoir d'hallucinations. Elle répondait rarement aux questions qu'on lui posait, mais on pouvait parfois obtenir des réponses exactes sur son âge, son lieu de naissance, etc.

Interrogée après son retour à l'état normal, voici ce qu'elle dit de ses accès :

(1) TASTEVIN. Loc. cit., p. 194.

« Quand je reviens à moi, j'ai très mal à la tête, là sur le front, dans les tempes ; je suis très fatiguée comme si je venais de faire un grand voyage. La fatigue diminue peu à peu ; c'est après, c'est toujours après qu'on me met dans la chambre ; je suis agitée, quoi ! c'est les nerfs qui me travaillent, je le sens bien. Je reconnais tout le monde ; les malades qui viennent à la porte me regarder par le carreau, ça me porte sur les nerfs. Ça s'en va assez vite, je serais agitée le matin, et le soir ça s'en ira, même que je me dirai que j'ai été bête de dire des choses pareilles. »

OBSERVATION VI (*Benon*) (1)

A..., 33 ans, entre à l'Asile clinique le 17 février 1911 en état d'excitation maniaque : il parle sans cesse, danse, rit aux éclats, exalte sa force, se dit heureux.

Ce malade, atteint d'épilepsie depuis l'âge de 25 ans, a eu en décembre 1909 et en janvier 1910 un accès de manie après des attaques comitiales. L'accès maniaque qu'il présente actuellement s'est produit dans les mêmes conditions.

Depuis environ six mois, A... n'avait pas présenté d'attaque lorsqu'il en eut deux dans la nuit du 11 au 21 février. Il resta au lit jusqu'à midi, c'était un dimanche. Il alla se promener l'après-midi, mais se plaignit de courbature, de fatigue, de raideur dans les bras, les jambes, etc. Il se coucha de bonne heure, mais dormit peu ; il était inquiet parce que sa maladie l'avait repris.

Le lundi 13 février, il va travailler, mais dit : « Ça ne va pas, je suis fatigué, je ne suis pas à mon aise : j'ai la tête lourde, je ne fais pas attention à ce que je fais, j'ai les idées « brouillées », etc. » La nuit fut bonne.

Le 14, il travaille, mais il accuse encore de la faiblesse ; il exprime même quelques idées noires : il a peur de mourir.

(1) BENON. *Gazette des Hôpitaux*, 1911, n° 45.

Le 15, rien de particulier. « Il semblait bien », dit la femme.

Le jeudi 16, il a travaillé dans la matinée, puis, après le déjeuner, il a commencé à s'exciter : « Je suis Français... je ne veux pas passer la frontière. » On le conduisit chez lui. Il reste calme jusque vers sept heures du soir. A partir de ce moment, il ne cessa de gesticuler et de parler : « Je suis le bon Dieu. Je tue le diable... Vous dites que je suis un fainéant... non, je ne suis pas un fainéant, je ne suis pas fou. Il ne faut pas le dire à ma mère... je l'aime beaucoup. » Il montait sur le rebord de la fenêtre. Il criait dans la cour à tue-tête. Il parlait très vite, on ne pouvait le comprendre. Il était gai, riait, ou alors il se mettait en colère. Quand sa femme, le soir, est arrivée avec une amie, il a tout de suite reconnu sa voix et lui a ouvert la porte. Lui, qui est d'ordinaire peu expansif, il a manifesté une joie immense à les revoir ; c'était un amour sans pareil ; il les embrassait à tour de rôle : « Je suis heureux... je suis heureux, ne me quittez pas... si vous me quittez, je vais mourir... Je suis le Bon Dieu, toi (sa femme), tu es la Sainte Vierge... vous (l'autre femme), ma plus grande amie, etc. » Il jouait, chantait, il était gai, content. Il voulait aller se promener, s'amuser ; tout le monde allait chanter, il dansait de joie dans la chambre.

Le 17 février 1911, il est conduit à l'infirmérie spéciale de la Préfecture de police ; excitation maniaque intense, divagations mystiques ; violences, insomnie.

Le 18, il était à l'Asile clinique.

Le 19, même état d'excitation maniaque, malgré son agitation, le malade peut fournir quelques renseignements sur ses crises, sur sa famille, sur sa profession, etc. L'après-midi il a parfaitement reconnu plusieurs personnes qui sont venues le visiter.

Le 20, le malade est plus calme, mais il présente encore de l'exaltation.

Le 21 février, il est tout à fait tranquille. Il a bien dormi. Ce matin, il lit le journal. Il se rappelle avoir brisé une porte, il se souvient aussi d'avoir été mis en cellule à l'infirmérie spéciale.

Il faut l'aider à évoquer certains souvenirs de son accès, mais ces souvenirs existent réellement.

Il dit, en outre, au sujet de sa période d'excitation : « Je me sentais très lesté, très agile. J'étais heureux, content. Je voyais les choses du bon côté. » Interrogé sur l'état dans lequel il se trouvait après ses deux crises épileptiques, il déclare . « Je n'étais pas en train, je n'étais pas à mon aise... j'étais plutôt fatigué, comme si j'avais beaucoup travaillé... j'avais la tête lourde, j'étais comme étourdi, je faisais des oublis, je ne pensais à rien. »

L'accès maniaque a duré cinq jours.

OBSERVATION VII (*Benon*) (1)

E..., 27 ans, entre à l'Asile clinique le 21 février 1911, en état d'excitation maniaque, il est très agité, parle ou déclame sans cesse. Il se met à chanter dès qu'on le lui demande. Il se trouve très bien portant, exalte sa force motrice, dit qu'il boxerait volontiers. Par intervalles, il est inquiet. « Ne me laissez pas mourir, non, ne me laissez pas mourir, j'ai une femme et trois enfants, je veux les revoir. » Puis il rédevient gai, rit, déclame, raconte qu'il est allé chanter sous la fenêtre de sa mère, ce qui est exact. Insomnie ; pas de fièvre.

Ce malade a des crises épileptiques depuis l'âge de 19 ans ; elles apparaissent tous les quinze à vingt jours ; il a également des vertiges. Il n'avait jamais eu d'asthéo-manie. Avant les quatre crises survenues le 12 février et qui ont donné lieu à son excitation, il en avait eu une le 31 janvier 1911, et une autre vers le 1^{er} janvier.

Le dimanche 12 février 1911, il a eu 4 crises ; la première à huit heures du matin ; la deuxième à deux heures de l'après-midi ; la troisième à huit heures du soir et la quatrième à mi-

(1) Loc. cit.

— nuit. L'après-midi, il voulut se lever, il était obtus, hagard, brisé et fatigué.

Le 13 février, cinquième crise à huit heures du matin. Dans la journée, il a fait des courses avec sa femme (blanchisseuse), mais il oubliait tout. Il accusait de la fatigue.

Le 14, pas de crises ; il ne se sentait pas bien ; il est resté au lit toute la journée.

Le 15, il « bricole », à la maison, mais il faisait mal et avec peine ce qu'il entreprenait. Il s'inquiète de cette incapacité de travail.

Le 16, après une bonne nuit, pourtant, l'anxiété s'accroît : « C'est malheureux de s'en aller à cet âge... je vais mourir... ne me laissez pas mourir... je suis empoisonné ! » Il se levait, se recouchait, pleurait : on ne pouvait le consoler (*agitation anxieuse*). La nuit fut mauvaise, il était angoissé et parlait toujours de la mort ; il voyait la bière, là, toute prête ; il sentait des bêtes sur sa poitrine ; il entendait dire qu'il allait mourir.

Le 17 février, l'inquiétude diminue, mais il dit encore : « Je ne suis pas bien, je suis malade, il me semble que j'ai la vérole. » Il eut encore de l'insomnie, mais resta calme.

Le 18, il était beaucoup mieux, il fit des livraisons avec sa femme. Il avait cependant encore peur de mourir.

Le dimanche, 19, au matin, nouvelle crise épileptique suivie de sommeil. Puis l'après-midi, il commence à s'exciter. Il sort avec sa femme, se rend avec elle chez sa belle-sœur, et là, on s'aperçoit qu'il devient bizarre, il est loquace, rit sans motif apparent, gesticule, se tape sur l'épaule, fait des projets, dit : « Sitôt que je travaillerai, je vous inviterai à dîner ».

Du reste, l'excitation grandit assez rapidement. Le soir à la maison, très joyeux (lui qui était ordinairement assez « renfermé » de caractère), il se met à chanter après le dessert. « D'abord, raconte la femme, nous trouvons cela amusant, Il chantait toutes sortes de chansons, gesticulait comme au concert. Mais cela a duré des heures, On l'a couché ; il a continué à chanter. Il n'a dormi que le matin. »

Le 20, dès son lever, il se met à chanter. Alors il chantait toujours la même chanson : « Roule, roule, petit trottin » ; il disait qu'il voulait l'apprendre à fond pour la chanter à sa mère. Il parle d'aller chanter au concert pour « pousser sa romance » et alors il en rapportera de l'argent ! Dans la journée, par deux fois, il va chanter sous les fenêtres de sa mère. Arrêté par un agent de police, il lui dit : « Je ne suis pas fou, je chanterai tant que je voudrai ». Relâché et ramené chez lui par sa femme, il ne cessa de marcher et de parler. Il disait souvent : « Je suis un beau gars, je suis solide ». Comme on l'empêchait de sortir, il veut sauter par la fenêtre. Puis il devient grossier, violent, lui qui était si doux d'habitude. Sa colère augmente, il tape sur les meubles, frappe son entourage (*fureur maniaque*). Conduit au commissariat, il est dirigé sur l'Infirmierie spéciale de la Préfecture de Police.

Le 21, à l'infirmierie spéciale, le médecin note : excitation maniaque, violences envers les personnes, insomnie. Le soir, il était amené à l'Asile clinique.

Le 23 février, il offre toujours le tableau de l'excitation maniaque. Au cours de la conversation, il s'agite progressivement, se lève, parle avec volubilité, rit, gesticule. « Oh ! oui, je me trouve bien, mais je ne puis plus parler, tellement j'ai chanté, sans doute. Oui, je me rappelle bien être allé sous les fenêtres de ma mère. J'y suis allé pour lui faire voir le fils que j'étais. Je suis un bon garçon, vous savez ! » Il rit, très euphorique.

D. — Mais pourquoi hier aviez-vous peur de mourir ?

R. — C'est ici que je l'ai entendu dire (?). Mais je ne veux pas mourir.

Bien orienté dans le temps (sauf pour le jour et la date), et dans l'espace. A reconnu ses parents, sa femme, donne son adresse, etc. Pas de fièvre.

24 février. — Amélioration considérable. « Je suis avec les fous, mais je ne suis pas fou ; j'ai des crises de nerfs. J'avais un peu la folie des grandeurs. Je croyais que j'étais un chanteur de talent, que j'irais dans un concert ou à l'Opéra. Je me rappelle

que je suis venu dans la voiture cellulaire... Je n'ai pas fait de bêtises ; je chantais dans la rue. Maintenant, je me repose. »

Certains faits paraissent oubliés : en réalité, il suffit de l'aider à les évoquer, pour qu'il les précise aussitôt.

23 mars 1911. — Pas d'amnésie portant sur son accès : « Quand je suis arrivé à l'asile, raconte-t-il, je me sentais très bien, très heureux, très fort. Je voulais faire de la boxe, parce qu'autrefois je l'ai apprise. Je voyais tout en rose. Si je disais que je ne voulais pas mourir, c'est parce que je me voyais à l'hôpital et que je ne me sentais pas malade, au contraire.

« Après mes crises du 12 février, avant de venir à l'asile, je me trouvais les membres lourds ; j'avais de la difficulté à me lever le matin. Ce n'était pas de la fatigue, si vous voulez, mais je n'étais pas en train : j'étais affaissé, épuisé. C'est pour cela que je suis resté au lit, mais j'entendais bien ce que disaient les femmes dans la chambre à côté. Le 16, le jeudi, j'étais tellement anéanti que je me voyais partir... je me voyais mourir, j'ai eu peur. »

Le malade, qui n'a pas eu de crise depuis son entrée, doit sortir prochainement.

OBSERVATION VIII (*personnelle*)

R..., 61 ans. Entre à l'asile clinique le 21 octobre 1909, en état d'excitation maniaque : elle tient des propos désordonnés, se meut constamment, chante, rit et s'irrite avec la plus grande facilité. Elle ne paraît pas avoir d'hallucinations.

A l'infirmerie spéciale, où elle a été conduite avant de venir à Sainte-Anne, on a porté — sans doute parce qu'on ignorait que la malade avait eu des accidents comitiaux — le diagnostic de « psychose intermittente avec accès actuel de manie datant de quelques jours, loquacité, excitation motrice, instabilité, gesticulations, grimaces, chants et cris ; bris d'objets, réactions violentes ».

Cette malade, atteinte d'épilepsie tardive, a eu son premier accès à 39 ans ; avant cette époque, elle n'aurait jamais présenté ni attaques ni vertiges. D'abord assez espacées, les attaques devinrent très fréquentes vers l'âge de 45 ans, puis s'espacèrent de nouveau. Depuis une douzaine d'années, elles surviennent assez irrégulièrement et parfois en séries. Ces attaques sont typiques : chute, convulsions, morsure de la langue, miction, écume, sommeil avec stertor. Elles sont précédées pendant un jour ou deux d'un état d'irritabilité. En 1901, pour la première fois, une série d'attaques fut suivie d'excitations ; ce fait s'est renouvelé depuis plusieurs fois, et l'excitation actuelle a elle-même été déterminée par des paroxysmes comitiaux survenus le 14 octobre dernier.

La malade habite avec sa fille et c'est celle-ci qui nous fournit avec beaucoup de précision les renseignements sur ces faits. Le soir du 14 octobre, la malade eut une première attaque ; elle en eut trois autres dans la nuit qui suivit et au réveil elle fut dans un état de grande prostration avec fatigue, courbature, qu'après son excitation elle décrit ainsi qu'il suit : « Je suis courbaturée partout, c'est ça qui me dit que j'ai eu des attaques. Tous les membres me font mal, on dirait que des chiens me rongent les jambes ; j'ai toute la tête comme dans un étau. Je n'ai pas de forces du tout, je suis molle comme une chique, je ne suis plus bonne à rien. Je suis d'une lourdeur que je puis presque plus monter les escaliers, j'essouffle tout de suite. »

Le 15 octobre, le soir, elle a aidé un peu au ménage, mais était encore très abattue.

Le 16, elle était bien, cependant, vers le soir, son activité paraissait s'exagérer. « Je me rappelle fort bien, nous dit sa fille, que plus elle arrivait vers le soir, plus elle s'occupait de la maison, elle nettoyait, elle astiquait, on voyait bien qu'elle avait un besoin d'activité. » La nuit suivante elle n'a pas très bien dormi.

Le 17, elle va et vient sans cesse et parle beaucoup ; le soir elle a commencé à chanter, à rire ; en même temps, son irrita-

bilité augmentait : « Si on la brusquait, elle devenait très mauvaise ».

Le 18, l'excitation augmente encore : « plus ça allait, pire c'était ». Elle raconte des faits de son existence en les chantant.

Le 19, l'agitation est telle qu'on ne peut plus laisser la malade libre dans l'appartement, et on l'enferme dans une chambre. Elle devient alors violente, casse les carreaux, injurie sa fille et son gendre ; « elle chantait, elle criait, et puis en même temps elle brisait tout ». Elle cherchait à sortir de la pièce où on la tenait enfermée ; elle a brisé tous les portraits qui s'y trouvaient, mais devant celui de sa petite-fille, pour laquelle elle a une très grande affection, elle dit, en s'attendrissant et versant quelques larmes : « Toi tu es ma petite-fille, toi je te toucherai pas ».

Le 20 on se décide à l'interner ; dès son arrivée dans la cour de l'Infirmierie spéciale, elle reconnaît le lieu où on la conduit (c'est son troisième internement) et s'irrite contre son gendre : « Ah ! c'est là que tu m'emmènes, si j'avais su, je ne serais pas montée dans la voiture, etc. »

A Sainte-Anne, l'excitation a persisté pendant trois à quatre jours, en sorte que l'accès de manie a eu une durée d'environ huit jours.

Pendant son excitation, la malade ne présente pas d'obtusion : elle reconnaît tout le monde, et, d'ailleurs, nous venons de relater de nombreux faits qui le démontrent amplement. Néanmoins, interrogée sur son état d'excitation, quelques semaines après son retour à l'état normal, on s'aperçoit qu'elle n'en a gardé que des souvenirs confus et très incomplets, ainsi elle ne peut se rappeler les violences qu'elle a exercées dans sa chambre, par contre, elle se souvient fort bien avoir été enfermée : « Je me rappelle de me voir enfermée dans la chambre, que je veux ouvrir et que je peux pas ». Elle a encore gardé le souvenir de quelques faits et notamment de paroles qu'elle a entendu dire par son gendre à son sujet.

L'interprétation de ces troubles mnésiques est rendue très

difficile par ce fait que la malade verse dans la démence depuis un temps qu'il n'est pas facile de préciser. En tout cas, elle a manifestement la mémoire diminuée : Elle déclare que nous sommes en 1871 ; mais elle sait le mois, elle connaît aussi la date de sa naissance et son âge à quelques années près. Elle a oublié les dates même approximatives de ses internements antérieurs, la durée des séjours qu'elle a faits dans les asiles. Elle fait assez fréquemment des confusions de noms, et il lui est arrivé parfois de s'égarer dans la rue.

III. ASTHÉNO-MANIE POST-ÉCLAMPTIQUE

On a longtemps désigné sous le nom de manie les états d'excitation, quel que soit leur aspect clinique, qui se produisent parfois après les accès d'éclampsie des femmes enceintes. Cependant, si l'on parcourt dans les thèses de Fritz, de Lallier, de Senlecq (1), les observations de manie post-éclamptique, on ne tarde pas à s'apercevoir que les états d'excitation décrits sous cette dénomination diffèrent essentiellement de l'excitation maniaque.

Il est vrai que fréquemment la description clinique du délire y est insuffisante, ces observations ayant été recueillies, pour la plupart, dans des maternités par des accoucheurs ; néanmoins, on peut plus ou moins nettement y retrouver les signes du délire onirique, de la confusion mentale avec hallucinations. C'est ce qu'a montré le professeur Régis (2), en l'appuyant de deux observations personnelles, dans une étude sur la psychose post-éclamptique.

(1) Eclampsie et manie puerpérale. FRITZ. *Thèse de Strasbourg*, 1870.
— LALLIER, *Thèse de Paris*, 1891. — SENLECQ, *Thèse de Paris*, 1895.

(2) RÉGIS. La psychose post-éclamptique. *Revue mensuelle de Gynécologie, Obstétrique et Pédiatrie de Bordeaux*, 1899, p. 206.

Voici, comme exemple de ces faits, une observation de Lallier où l'on voit très nettement des phénomènes d'excitation déterminés par un état hallucinatoire accompagné vraisemblablement de confusion :

Pl..., 34 ans. Entre en travail à la Maternité de l'hôpital Saint-Louis, le 8 mars 1888. Albuminurie. Œdème des jambes. Accouchement normal, délivrance naturelle. Première attaque d'éclampsie six heures après l'accouchement, suivie de six autres dans la soirée. Le 9 mars, 21 attaques. A partir de la onzième, la température s'élève pour atteindre 39°5 au moment des dernières. Après la dix-huitième, saignée de 400 grammes. Le 12, température normale. Le 13, journée calme, mais vers 5 heures du soir, la malade est prise d'une violente agitation et d'hallucinations. Elle crie au feu et voit des effets brûler, etc. Cet état dure une demi-heure. A 9 heures du soir, les hallucinations repaissent. Le malade dit qu'on la fait bouillir. Elle voit son mari que l'on fait aussi bouillir, dit-elle. A minuit, nouvelle crise d'agitation qui dure environ une heure. La malade se tient debout sur son lit ; elle veut se sauver, frappe la veilleuse et menace de griffer tous ceux qui s'approchent. Enfin, vers 1 heure du matin, elle s'endort. Le 15 mars, elle est pâle, souffre de maux de tête. Le 16 et le 17, son état général devient meilleur. Elle se souvient de ses hallucinations passées et de ce qu'elle a fait dans la période de délire.

Dans la plupart des cas de délire post-éclamptique, la confusion et les hallucinations visuelles paraissent bien en effet occuper une large place. Mais il est non moins contestable qu'on y observe parfois de la manie vraie succédant à l'asthénie qui suit les attaques et alliée ou non aux troubles précédents.

La confusion mentale, *trouble de la perceptivité*, n'im-

plique pas plus une activité nerveuse normale qu'elle n'implique l'asthénie ou l'hypersthénie. On peut observer la confusion avec asthénie, avec activité normale, ou avec excitation maniaque. La confusion mentale est une manifestation psychologique, l'asthénie et la manie sont des troubles névrosthéniques. Et l'observation montre que lorsqu'ils coexistent, la manifestation psychopathique et le trouble névrosthénique évoluent séparément, chacun pour son propre compte.

Il semble bien que c'est ce qui s'est produit dans certains cas publiés de délire post-éclamptique ; l'excitation maniaque s'y trouve combinée à de la confusion avec hallucinations visuelles. Voici, par exemple, une observation de Garcia Rijo (1), où l'on voit une excitation maniaque typique se constituer progressivement deux à trois jours après douze attaques d'éclampsie, puis s'allier sous l'influence d'un état toxi-infectieux paraissant lié à l'accouchement qui survient huit jours après les attaques, — à des hallucinations visuelles et probablement à un peu de confusion mentale, mais ce dernier trouble est insuffisamment caractérisé dans l'observation.

OBSERVATION IX

B..., 24 ans, enceinte de 6 mois $1/2$: a eu un accès d'éclampsie le 29 décembre. A huit attaques le lendemain matin, en deux heures et trois attaques dans l'après-midi. Convulsions, perte de connaissance, morsure de la langue, évacuation involontaire.

(1) GARCIA RIJO. Contribution à l'étude de la folie puerpérale. *Thèse de Paris*, 1879.

Le 31, on a constaté de l'albumine dans les urines. Le 1^{er} janvier, pas d'attaque, elle ne voyait pas, reconnaissait l'entourage à la parole.

Le 2 janvier, a recouvré la vue, a commencé à divaguer. Crainte de la mort.

Le 4, excitation légère, incohérence et, le soir, idées de persécution.

Le 5, excitation violente, chants. On l'a conduite le soir à la Maternité. Le 6, entre à Sainte-Anne, le 7, soir, pouls 128.

Le 8, excitation, paroles incohérentes, prédominance d'idées ambitieuses : se dit reine, princesse, le prince va venir, sa mère est reine de Hongrie. Elle rendra tout le monde heureux. Elle nommera la sœur, supérieure. Quelques idées lubriques, parle de sa virginité avant le mariage.

Le soir du 8, l'accouchement a lieu (fausse couche).

L'excitation continue. Albumine abondante dans les urines.

Le 9, 140 pulsations, loquace, idées lubriques. Appelle son mari, veut l'avoir dans son lit. Bromure, 5 grammes.

Le 10, T. 38,5-38,9, bromure, 5 grammes.

Le 11, T. 39,4-40,1 ; pouls, 136 ; bromure, 5 grammes.

Le 12, T. 38,9-39,8 ; bromure, 5 grammes.

Le 13, T. 39,4 ; pouls, 120. Hallucinations effrayantes la nuit, frayeurs, loquacité, voit des nègres, aperçoit des formes, des objets qui remuent sur le lit, frappe avec la main pour les chasser. Par moment, lucidité : elle dit, c'est singulier que je voie ces choses-là.

Le 14, T. 38,7-41,2 ; bromure, 5 grammes.

Le 15, T. 38,9-41 ; bromure, 5 grammes.

Le 16, T. 38,6-37,8 ; bromure, 5 grammes.

Le 17, T. 37,7-37,1 ; bromure, 5 grammes.

Le 18, T. 37,8-39. Insomnie, a parlé, s'est levée.

Le 19, T. 40,6-38,6.

Le 21, T. 37,8-37,2. Pouls, 120. Se dit Anne d'Autriche.

Le 22, T. 38-40,8. Bon sommeil la nuit, plus raisonnable, moments de lucidité plus longs. Fièvre, le 23 et le 24. Le 24,

paraît confuse, prend pour des personnes de sa famille les personnes qui l'entourent.

Sort guérie le 12 février.

Ce cas est pour nous particulièrement intéressant, car, dans la plupart des observations de délire post-éclamptique, où l'on peut soupçonner l'excitation maniaque, les attaques d'éclampsie se sont produites assez près de l'accouchement, en sorte que ce dernier pouvant, lui aussi, déterminer de l'asthéo-manie, il n'est, dans ces cas, pas possible de savoir si l'excitation maniaque lui est due ou si elle est produite par les accès éclamptiques. Dans l'observation de G. Rijo, cette difficulté ne se présente pas, l'excitation maniaque s'étant montrée plusieurs jours avant l'accouchement. Elle est donc très démonstrative pour la thèse que nous soutenons ici, à savoir que les attaques d'éclampsie, par leur action épuisante sur le système nerveux, peuvent, comme les attaques épileptiques, donner lieu à de l'asthéo-manie secondaire.

IV. ASTHÉNO-MANIE POST-ÉPILEPTIFORME

Si, comme nous le soutenons ici, la production de la manie après des manifestations convulsives est que à leur action épuisante, il n'y a pas de raison pour que cette forme d'excitation ne puisse être déterminée par des attaques d'épilepsie symptomatiques d'états divers. Les attaques épileptiformes dans l'alcoolisme ou dans les démences organiques devraient donc pouvoir être suivies d'accès de manie, lorsqu'elles se répètent à courts intervalles, qu'elles ont une intensité suffisante et qu'elles se produisent chez des sujets prédisposés.

Je n'ai pas d'observation personnelle de ces cas ; mais l'observation suivante que j'emprunte à Krafft-Ebing (1) pourra servir d'exemple. Il s'agit d'un cas de démence organique à lésions circonscrites, au cours duquel se produisit une série de sept attaques épileptiformes. Le malade était légèrement hypersthénique au cours de sa démence ; après ses accès, il a été pendant trois semaines dans un état d'excitation maniaque très nettement caractérisée.

(1) KRAFFT-EBING, Loc. cit., p. 712.

OBSERVATION X

Klug, artisan, 67 ans, reçu le 18 décembre 1875, a eu une sœur aliénée et a été en 1848 maniaque pendant quelques semaines. C'était un homme travailleur, rangé dans ses affaires et qui a su gagner une fortune assez considérable. Au cours de l'année 1875, le malade devenait oublieux, distrait, méfiant, avare. Il souffrait souvent de malaises urinaires (hypertrophie de la prostate). A partir de ce moment, il n'eut plus de sommeil ; il se promenait à tort et à travers, commença à faire des achats sans aucun but, à importuner par des propositions lascives les femmes de son entourage, à traîner dans les cabarets des nuits entières. Quand ses parents lui faisaient des observations à ce sujet, il devenait brutal et disait qu'il avait le droit de jouir de la vie sur ses vieux jours, et qu'il devenait tous les jours plus jeune et mieux portant.

A partir du 10 décembre, sept accès épileptiformes se produisirent. Depuis, le malade est plus agité, plus remuant ; il fait des projets sans aucun plan ; ivrogne, gaspilleur d'argent. Il nourrissait le projet de fonder des brasseries grandioses, de faire faire de grandes constructions, de faire bâtir des rues entières qui devraient porter son nom. Un jour il coupa tout d'abord les ailes aux oies de sa ferme, ensuite la tête et finit par menacer les membres de sa famille. Il fut amené à la clinique.

Lors de sa réception, le malade était congestif, avait les yeux brillants, les pupilles myotiques. Tout d'abord il ne reconnaissait pas sa situation ; il se plaisait à échafauder des projets insensés ; il importunait le personnel féminin de la maison et devenait même obscène ; il était plein de projets et de désirs, bavard sans consistance, sans sommeil. Son caractère puéril, ses émotions superficielles, ses *lapsus judicii* et *memoriæ*, une grande facilité à oublier ainsi qu'à se laisser détourner d'un sujet, ont donné au tableau de la maladie, d'ailleurs maniaque, le cachet de la débilité psychique. Au physique il présentait, outre une fluxion bien

nette à la tête, des phénomènes de *senium* avancé, des artères rigides, très sinueuses, de l'emphysème.

Le malade paraissait avoir vaguement les notions du temps et des lieux. Il dormait très peu la nuit, faisait du vacarme dans la chambre, cherchait ses effets, ne pouvait les trouver, errait comme en rêve pendant la journée, bâtissait des châteaux en Espagne ; tout l'hôpital était à lui ; il voulait le transformer en un palais.

A part un léger tremblement des lèvres, il n'y avait pas de troubles moteurs. Plusieurs fois, avec les symptômes d'une vive fluxion vers le cerveau, une excitation violente, douloureuse et furieuse, se produisit pendant laquelle il demandait brusquement à partir, devenait brutal et même agressif contre le personnel, mais se calmait bientôt après.

A la suite du traitement par les bains et les injections de morphine (deux fois par jour, 0 gr. 01) l'agitation diminua au commencement de janvier 1876. Le malade passait des nuits tranquilles, corrigeait lui-même ses projets exubérants et montrait même des traces de reconnaissance de son état.

La débilité psychique se manifesta alors encore plus nettement, surtout par des émotions douloureuses puériles qui se produisirent parce qu'on ne lui permettait pas de rentrer dans sa famille.

Vers la fin du mois de janvier, on put enfin le rendre à sa famille définitivement calmé, mais présentant des signes bien nets de décadence intellectuelle.

CONCLUSIONS

1^o Sous les noms de folie, de délire ou de manie post-épileptique, on a groupé des états d'excitation variés, avec lesquels la manie vraie ou hypersthénie post-épileptique a jusqu'ici été confondue.

2^o C'est presque toujours à la suite d'une série d'attaques convulsives que survient la manie ou hypersthénie post-épileptique. Elle se présente avec les caractères essentiels de la manie des périodiques. Elle s'établit progressivement et succède à l'état asthénique qui fait suite aux attaques ; elle résulte de la prolongation, au delà de l'état normal, du phénomène d'accroissement graduel des forces qui traduit la disparition de l'asthénie

Ce double phénomène asthénique et maniaque forme un tout continu. L'*asthéo-manie post-épileptique*, analogue aux asthéo-manies post-apoplectique, post-traumatique, post-hémorragique, post-puerpérale, post-typhique, post-douloureuse, etc. ; tous ces phénomènes résultent de l'action d'agents épuisants intenses sur des organismes atteints de dispositions spéciales pathologiques.

3^o Comme les accès maniaques des asthéo-manies secon-

daires, les accès de manie post-épileptique sont de courte durée ; ils peuvent se prolonger de quelques jours à quelques semaines, mais le plus souvent, leur durée est de cinq à huit jours. Ils cessent assez rapidement, le sujet revient à son état normal et n'a généralement pas d'amnésie de l'accès.

4^o Les asthéo-manies post-éclamptique et post-épileptiforme ne sont que des cas particuliers de l'asthéo-manie post-épileptique.

Vu : le Doyen,
LANDOUZY.

Vu : le Président de la thèse,
Gilbert BALLET.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur,
LIARD.

TABLE DES MATIÈRES

I. — INTRODUCTION :	
Asthénie et manie	7
Asthéno-manies secondaires	10
II. — ASTHÉNO-MANIE POST-ÉPILEPTIQUE :	
Historique.....	18
Etude clinique :	
a) Asthénie post-épileptique.....	27
b) Accès d'hypersthénie	31
Observations I à VIII	36
III. — ASTHÉNO-MANIE POST-ÉCLAMPTIQUE	51
Observation IX	53
IV. — ASTHÉNO-MANIE POST-ÉPILEPTIFORME.....	56
Observation X	57
CONCLUSIONS .	59

